



## Hoja de seguimiento de historial médico de paciente pediátrico

Nombre del paciente- \_\_\_\_\_ Edad actual- \_\_\_\_\_

Si la persona llenando este formulario no es el paciente, por favor indique su relación con él o con ella - \_\_\_\_\_

¿Cuál es la razón por la que está aquí hoy? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por favor, haga una lista de cualquier problema médico reciente y de los doctores y sus direcciones que haya consultado antes de su última visita a nuestra oficina. -

\_\_\_\_\_

Por favor, haga una lista de todas las operaciones que su niño o niña haya tendio desde su última visita a nuestra oficina. - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Haga una lista de los medicamentos y las dosis que está tomando -

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Haga una lista de los alimentos o medicinas que le producen alergias a su niño(a) -

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Hay alguna otra cosa que quisiera decirle al Dr. Rhodes?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# Center for Cleft and Craniofacial Care

Firma \_\_\_\_\_ Fecha- \_\_\_\_\_